

HALINA ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, ELŻBIETA ŻYCHLIŃSKA

Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową

Acceptance of cancer and its relationship with quality of life of older adults receiving institutional and home palliative care

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, Collegium Medicum, Bydgoszcz

KEYWORDS

acceptance of cancer, quality of life, palliative care, elderly

SUMMARY

Introduction. The observed increase in cancer morbidity is causally connected with an increased demand for palliative care services.

Aim. The study aims at analyzing the level of acceptance of cancer in older adults receiving institutional and home palliative care against the background of socio-demographic factors, and determining the scope of its relationship with quality of life.

Material and methods. The study was carried out on a group of 79 patients in late adulthood receiving inpatient or home palliative provided by the Non-public Health Care Center Sue Ryder Home in Bydgoszcz in 2014. The study followed contemporary ethical standards and consisted in carrying out interviews using the Acceptance of Illness Scale (AIS) and the WHOQOL-Bref quality of life questionnaire.

Results. The mean score for cancer acceptance was 19.15 ± 7.945 , which was a moderate result, bordering on low. Acceptance of cancer in older adults receiving palliative care is largely determined by age, but not by sex, educational attainment, social and living conditions, place of receiving care (institutional/home), or home environment. Acceptance of cancer remains significantly correlated with the physical ($r = 0.530$; $p = 0.000$), psychological ($r = 0.431$; $p = 0.000$) and environment domains ($r = 0.304$; $p = 0.006$), and weakly correlated with the social relationships domain ($r = 0.282$; $p = 0.012$).

Conclusions. With a view to better acceptance of disease and quality of life, palliative care should ensure that greater concern and support for the older adult (over 75 years of age) be provided by a psychologist.

WSTĘP

Wyraźnie zauważalny proces starzenia się współczesnych społeczeństw wiąże się ze wzrostem zachorowalności na nowotwory, a tym samym zwiększonym zapotrzebowaniem na opiekę paliatywną.

Opieka paliatywna wg definicji WHO (World Health Organization) z 2015 roku jest podejściem, które poprawia jakość życia pacjentów i ich rodzin w obliczu problemu związanego z chorobą zagrażającą życiu, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnej identyfikacji i bezbłędnej ocenie, leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych (1). Zdaniem profesor de Walden-Gałuszko

opieka paliatywna jest to: „aktywna, całościowa (»holistyczna«) opieka nastawiona na zaspokajanie wszystkich podstawowych potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby” (2).

Wyraz „paliatywna” pochodzi od słowa *palliatus*, w dosłownym tłumaczeniu oznacza „okryty płaszczem”, natomiast w przenośni – jak to ujmuje prof. de Walden-Gałuszko – „skrywający, łagodzący” przykre objawy tejże choroby (3). Sieć opieki paliatywnej w naszym kraju tworzą: w warunkach stacjonarnych – hospicja stacjonarne, oddziały oraz poradnie medycyny paliatywnej, w warunkach domowych – hospicyjne zespoły domowe (3).

W opiece paliatywnej/hospicyjnej obowiązują zasady: akceptacji nieuchronności cierpienia i śmierci, zespołowości, holistycznego charakteru opieki, przestrzegania autonomii chorego, świadczenia opieki opartej na nadziei – wszystko w trosce o możliwie jak najwyższą jakość życia chorego. Działania zespołu sprawującego całościową opiekę nad chorym w opiece paliatywnej muszą opierać się na ścisłej koordynacji i dobrej współpracy (3). Dla poprawy jakości życia ważna jest ruchowa i psychiczna aktywizacja (4). W skład takiego zespołu opieki paliatywnej wchodzi: lekarz, pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, duchowny i rodzina chorego. Nadzieja leży u podstaw mobilizacji do walki z chorobą, wzmacnia wolę życia oraz mechanizmy przystosowawcze (3). Naczelny cel opieki paliatywnej sprowadza się do troski o jakość życia chorego i jego rodziny (3, 4).

Opieka musi opierać się na dobrej komunikacji na linii zespół interdyscyplinarny–chory–rodzina. Niektórzy autorzy sygnalizują, że zbyt mało czasu przeznaczają się na komunikację terapeutyczną, co może mieć negatywny wydźwięk w nasileniu lęku, ujawnianiu się symptomów depresji, gorszym przystosowaniu się do życia z chorobą nowotworową oraz niższej jakości życia. Minimalizowanie uporczywych objawów choroby leży u podstaw funkcjonowania medycyny paliatywnej. Chorym dokuczają bóle nowotworowe, ponadto występują: znużenie, utrata łaknienia, nudności, zaparcia czy depresja. Progresywny charakter choroby doprowadza do zespołu wyniszczenia nowotworowego (5). Bóle i zmęczenie to poważny problem pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową (6-8). Inną poważną dolegliwością, z którą muszą zmagać się chorzy, są bóle kostne (9). Badania zagraniczne na próbie badawczej 533 chorych wyraźnie wskazują, że głównymi predyktorami jakości życia osób starszych cierpiących na nowotwory w opiece hospicyjnej domowej są: niepokój, depresja, stan funkcjonalny oraz liczba objawów (10). Leczenie objawowe to podstawa poprawy jakości życia chorych w opiece paliatywnej.

Akceptacji choroby nowotworowej w aspekcie społecznym zapewne nie sprzyjają: obserwowany obecnie kult młodości, sprawności i pęd do sukcesu życiowego, zmiana obyczajów, odchodzenie od dawnych tradycji związanych ze śmiertelnością czy religijności (3).

Każdy etap (postawienie diagnozy, wznowa choroby, propozycje leczenia) procesu przystosowania do choroby nowotworowej jest związany z negatywnymi emocjami, jak lęk, złość, smutek, które poważnie zaburzają równowagę psychiczną, a jednocześnie wyzwalają działania obronne. Siłą, która przywraca równowagę psychiczną, jest nadzieja powrotu do zdrowia, skuteczna we wczesnych stadiach choroby. Z kolei w zaawansowanym procesie choroby nowotworowej dominuje nastawienie emocjonalne, jako próba ograniczenia negatywnych emocji. Progresja choroby wywołuje zwykle silne emocje, prowadzące do zaprzeczenia choroby. Osoby w starszym wieku przejawiają postawę stoicką. Najkorzystniejszą, choć występującą rzadko jest strategia pozytywnego przewartościowania, natomiast najbardziej destrukcyjną – poczucie bezradności (4). Sposób, w jaki chory

zmagają się z chorobą nowotworową, ma wydźwięk w jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (11). Z doniesień wynika, że istotnym wyznacznikiem przystosowania do choroby nowotworowej jest nadzieja i poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia/kontrola wewnętrzna (12). W badaniach Wnuka i wsp. wykazano dodatni związek pomiędzy siłą nadziei a poczuciem sensu życia i częstotliwością przeżyć duchowych w grupie pacjentów onkologicznych (13).

Jakość życia definiowana jest jako „funkcjonalny skutek choroby i leczenia, spostrzegany przez pacjenta” (14). Badania jakości życia w medycynie świadczą o holistycznym podejściu i rozwiązywaniu złożonych problemów chorego – zarówno w sferze fizycznej, jak i psychospołecznej.

Ważną rolę zespołu w domowej opiece hospicyjnej jest edukacja rodziny chorego i uświadomienie spoczywającego na niej zakresu obowiązków i odpowiedzialności. To warunkuje bardziej harmonijną współpracę na linii chory–zespół interdyscyplinarny–rodzina chorego i jest wyrazem opieki holistycznej.

CEL PRACY

Celem przeprowadzonych badań była analiza poziomu akceptacji choroby nowotworowej osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową w zależności od czynników socjodemograficznych oraz określenie związku z jakością życia.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w grupie 79 osób starszych ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową przebywających w oddziale opieki paliatywnej oraz w środowisku domowym w ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (NZOZ) Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, w 2014 roku. Kryteria doboru osób do badań: choroba nowotworowa, objęcie opieką paliatywną stacjonarną i domową w ramach w/w NZOZ, wiek 60 lat i powyżej, zachowany logiczny kontakt z chorym oraz uzyskanie świadomej zgody na udział w badaniu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 33/2014).

Badania przeprowadzono techniką wywiadu z zastosowaniem narzędzi standaryzowanych: Skali Akceptacji Choroby i kwestionariusza WHOQOL-Bref.

Skala Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS) – autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen w adaptacji na polskie warunki Zygfryda Juczyńskiego. Zakres wyników mieści się w zakresie 8-40 punktów. Uzyskanie wyższego wyniku oznacza lepszą akceptację choroby. Jak dowiodły właściwości psychometryczne AIS, jest ona trafnym „predyktorem jakości życia uwarunkowanej chorobą, utożsamianą z poczuciem satysfakcji z życia i oceną aktualnego stanu zdrowia” (11). Wyraża trudności i ograniczenia wynikające z choroby, w tym przypadku – choroby nowotworowej. Wyższy poziom akceptacji choroby oznacza lepszą adaptację do choroby oraz mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego (11).

Kwestionariusz WHOQOL-Bref – w adaptacji na polskie warunki kulturowe L. Wołowickiej i K. Jaracz, jest skróconą wer-

szą (26 pytań) międzynarodowego narzędzia do badania jakości życia, kwestionariusza WHOQOL-100. Służy do oceny jakości życia w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej oraz ogólnej percepcji jakości życia i zdrowia (pyt. 1 i 2 ankiety). Uzyskanie przez badaną osobę większej ilości punktów oznacza wyższą jakość życia. Punktację ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wyliczone średnie mnoży się przez 4, tak aby uzyskać postać wyników porównywalnych z kwestionariuszem WHOQOL-100. Pierwsza transformacja umożliwia takie przekształcenie wyników, aby zawsze były zawarte w zakresie 4-20, co sprawia, że są porównywalne z wynikami uzyskanymi za pomocą WHOQOL-100. Druga transformacja przekształca wyniki dziedzin do skali 0-100. Obie transformacje mogą być stosowane alternatywnie (14).

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel i pakietu statystycznego Statistica 10.0. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. W analizie opisowej otrzymanych wyników zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent. Obliczono również średnią i odchylenie standardowe. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi obliczono za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana. Natomiast do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwiema populacjami/grupami zastosowano nieparametryczny Test U Manna-Whitneya.

Przedstawione w pracy wyniki badań stanowią jedynie wycinek uzyskanych wyników realizacji szerszego projektu dotyczącego jakości życia osób starszych z chorobą nowotworową objętych opieką paliatywną.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy ($n = 79$)

Badaniami objęto 45 mężczyzn i 34 kobiety w wieku 60 lat i więcej. Nieco ponad połowa badanych była w fazie wczesnej

starości (60-74 lata), w związku małżeńskim (51,9%), pozostałe osoby były stanu wolnego, najczęściej z powodu wdowieństwa (41,8%). Najwięcej badanych posiadało zawodowe (38%) i podstawowe (32,9%) wykształcenie i w mniejszym zakresie – średnie (22,8%). Zdecydowana większość chorych zamieszkiwała z rodziną (ok. 90%). W większości (70,9%) byli to mieszkańcy dużego miasta. Blisko ¼ badanych to chorzy objęci opieką paliatywną w ich środowisku domowym. Najwięcej badanych deklarowało przeciętną (48,1%) i zadowalającą (38%) sytuację socjalno-bytową. Badaną grupę chorych stanowili pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Wśród schorzeń współistniejących najczęściej zgłaszanym było nadciśnienie tętnicze (30,6%), ponadto: cukrzyca, zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa, niewydolność układu krążenia, cukrzyca i POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc). Średni czas chorowania (choroba nowotworowa) to ponad 2,5 roku.

Najwięcej chorych (54,4%) wykazywało niski poziom (8-18 pkt) akceptacji choroby nowotworowej, nieco mniej (34,2%) – przeciętny (19-29 pkt), a najmniej (11,4%) – wysoki (30-40 pkt).

Średnia akceptacji choroby nowotworowej ukształtowała się na poziomie $19,15 \pm 7,945$ (min. 8,0; maks. 40,0) i oznacza to wynik przeciętny, z pogranicza niskiego. Najwyższą średnią w zakresie poszczególnych elementów kwestionariusza AIS wykazano w aspekcie „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” – 3,18, i „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” – 2,92, a najniższą w aspekcie „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” – 1,82. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Następnie analizie poddano wpływ czynników socjodemograficznych na poziom akceptacji choroby. Wiek badanych pozostawał w istotnej statystycznie niskiej korelacji

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS.

| Nr | Pozycja | N | Średnia | SD | Mediana | Wskaźnik procentowy |
|----|---|----|---------|-------|---------|---------------------|
| 1 | Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę | 79 | 2,11 | 1,177 | 2,0 | 27,8 |
| 2 | Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię | 79 | 1,82 | 1,308 | 1,0 | 20,6 |
| 3 | Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny | 79 | 2,92 | 1,259 | 3,0 | 48,1 |
| 4 | Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę | 79 | 2,05 | 1,319 | 2,0 | 26,3 |
| 5 | Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół | 79 | 2,75 | 1,344 | 3,0 | 43,7 |
| 6 | Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym | 79 | 2,43 | 1,356 | 2,0 | 35,8 |
| 7 | Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być | 79 | 1,89 | 1,219 | 1,0 | 22,2 |
| 8 | Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby | 79 | 3,18 | 1,095 | 3,0 | 54,4 |

z wynikami akceptacji choroby nowotworowej (tab. 2). Wyższe średnie wyniki akceptacji choroby wykazano w grupach wiekowych do 75. r.ż. (najwyższy: 21,24), po tym okresie zaobserwowano spadek do średniej 16,56. Poziom akceptacji choroby nie zależał znamienne od płci, poziomu wykształcenia, sytuacji socjalno-bytowej, miejsca świadczenia opieki (stacjonarna i domowa) czy środowiska zamieszkania. Jednak nieco wyższe wyniki na skali AIS zanotowano wśród mężczyzn, u osób o zadowolającej sytuacji socjalno-bytowej, u chorych objętych opieką w środowisku domowym oraz mieszkańców wsi. Ze względu na wykształcenie nie zaobserwowano wyraźnego trendu zmian. Odnotowano istotne różnice ($p < 0,05$) poziomu akceptacji choroby ze względu na występowanie schorzeń współistniejących w zakresie „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” oraz „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. W większym stopniu akceptują chorobę nowotworową ci badani, u których występują schorzenia współistniejące (średnia: 19,87 vs 17,78). Czas trwania choroby nowotworowej nie wykazywał istotnego związku z poziomem akceptacji choroby.

Średnia jakość życia w badanej grupie chorych w poszczególnych dziedzinach wyniosła: dziedzina fizyczna – $33,04 \pm 16,471$, psychologiczna – $50,77 \pm 17,212$, relacje społeczne – $47,94 \pm 15,685$ i środowiskowa – $59,33 \pm 13,249$. Średnia ogólnej percepcji jakości życia wyniosła $53,92 \pm 16,441$, a ogólnej percepcji własnego zdrowia $36,71 \pm 16,465$.

Korelacje akceptacji choroby nowotworowej (skala AIS) i jakości życia WHOQOL-Bref prezentuje tabela 3. Akceptacja choroby pozostawała w istotnej statystycznie, średniej korelacji z uzyskanymi wynikami ogólnej jakości życia, a także z dziedziną fizyczną, psychologiczną i środowiskową, natomiast w korelacji niskiej z ogólną percepcją własnego zdro-

Tabela 3. Korelacje akceptacji choroby (AIS) i jakości życia WHOQOL-Bref.

| Pozycja | N | R | t (N-2) | Poziom istotności p |
|-----------------------------------|----|-------|---------|---------------------|
| Ogólna percepcja jakości życia | 79 | 0,488 | 4,901 | 0,000 |
| Ogólna percepcja własnego zdrowia | 79 | 0,241 | 2,182 | 0,032 |
| Dziedzina fizyczna | 79 | 0,530 | 5,484 | 0,000 |
| Dziedzina psychologiczna | 79 | 0,431 | 4,190 | 0,000 |
| Relacje społeczne | 79 | 0,282 | 2,576 | 0,012 |
| Dziedzina środowiskowa | 79 | 0,304 | 2,804 | 0,006 |

wia i dziedziną relacje społeczne. Z kolei tabela 4 zawiera średnie dziedzin jakości życia względem akceptacji choroby nowotworowej. Najwyższą jakość życia wykazywały osoby o wysokim poziomie akceptacji choroby i analogicznie, najniższą – chorzy o niskich wynikach akceptacji choroby.

OMÓWIENIE I DISKUSJA

Przeprowadzone badania wskazują na poważne trudności przystosowawcze chorych w opiece paliatywnej do życia z chorobą nowotworową. Średni wynik 19,15 na skali AIS uplasował się w dolnej strefie wyników przeciętnych, z pogranicza niskich. Było to zapewne związane z dużymi deficytami w dziedzinie fizycznej, która w badaniach ukształtowała się na najniższym poziomie wynoszącym 33,04 spośród wszystkich pozostałych podskal jakości życia.

Tabela 2. Korelacja wieku i akceptacji choroby.

| Nr | Pozycja skali AIS | N | R | t (N-2) | Poziom istotności p |
|-----|---|----|--------|---------|---------------------|
| 1 | Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę | 79 | -0,203 | -1,815 | 0,073 |
| 2 | Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię | 79 | -0,204 | -1,826 | 0,072 |
| 3 | Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny | 79 | -0,266 | -2,424 | 0,018 |
| 4 | Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę | 79 | -0,106 | -0,932 | 0,354 |
| 5 | Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół | 79 | -0,020 | -0,173 | 0,863 |
| 6 | Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym | 79 | -0,103 | -0,910 | 0,366 |
| 7 | Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być | 79 | -0,213 | -1,915 | 0,059 |
| 8 | Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby | 79 | -0,138 | -1,225 | 0,224 |
| AKC | | 79 | -0,235 | -2,119 | 0,037 |

Tabela 4. Średnie dziedzin jakości życia (WHOQOL-Bref) względem akceptacji choroby (AIS).

| Skala AIS | Niski | | Przeciętny | | Wysoki | |
|-----------------------------------|---------|------------------------|------------|------------------------|---------|------------------------|
| | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe |
| Ogólna percepcja jakości życia | 2,35 | 0,75 | 3,04 | 0,71 | 3,33 | 0,71 |
| Ogólna percepcja własnego zdrowia | 1,63 | 0,62 | 2,11 | 1,05 | 2,00 | 0,71 |
| Dziedzina fizyczna | 1,98 | 0,36 | 2,69 | 0,70 | 2,68 | 0,86 |
| Dziedzina psychologiczna | 2,73 | 0,52 | 3,44 | 0,61 | 3,31 | 0,92 |
| Relacje społeczne | 2,78 | 0,51 | 3,00 | 0,68 | 3,37 | 0,73 |
| Dziedzina środowiskowa | 3,18 | 0,40 | 3,38 | 0,61 | 3,68 | 0,69 |

Badania wyraźnie wskazują (tab. 3) na ścisłą korelację w tym zakresie. Problemy przystosowawcze chorych wyrażone na skali AIS również bardzo silnie korelują z dziedziną psychologiczną (tab. 3), co jest raczej zrozumiałe, a także z ogólną percepcją jakości życia. Wyższy średni wynik 23,27 akceptacji choroby nowotworowej uzyskali autorzy w badaniach wśród pacjentów z białaczką, ze średnią wieku 53,4 roku (15). Uzyskany w badaniach średni wynik akceptacji choroby jest także niższy w porównaniu ze średnią w grupie normalizacyjnej Juczyńskiego – 28,13 – obejmującą 60 kobiet z rakiem sutka i macicy (11). Z kolei w badaniach Kurpas i wsp. (16) na dużej grupie badawczej obejmującej pacjentów chorych przewlekle w podstawowej opiece zdrowotnej ze średnią wieku 71,6 roku, średni wynik akceptacji choroby na skali AIS wyniósł 25,72. Pacjenci z chorobą nowotworową na skali AIS mają wysokie poczucie nieprzydatności, co wynika także z badań Wiraszki i Lelonek (15). Jak dowiodły badania własne, łatwiej jest zaakceptować chorobę nowotworową tym pacjentom, u których występują inne schorzenia współistniejące. Prawdopodobnie wówczas w mniejszym stopniu choroba nowotworowa przez tych chorych postrzegana jest jako fatum czy rodzaj kary. Doniesienia dowodzą, że w przypadku starszych pacjentów z chorobami przewlekłymi, większa ich ilość zmniejsza mechanizmy przystosowawcze do sytuacji chorowania (16).

Poważne ograniczenia i trudności w codziennym funkcjonowaniu spowodowane chorobą i postępującą inwolucją starczą bardzo znacząco utrudniają akceptację choroby i niekorzystnie rzutują na jakość życia. Większe problemy z akceptacją choroby nowotworowej mają osoby w późnej starości (po 75. r.ż.), stąd należałoby chorych w tej grupie wiekowej otoczyć większym wsparciem psychologicznym i duchowym. Z doniesień prof. de Walden-Gałuszko wynika, że rodzaj przystosowania do choroby nowotworowej zależy od wieku. Osoby starsze wykazują tendencje do przejawiania postawy stoickiej (4). Najmniej przewidywalny sposób reakcji na chorobę dotyczy pacjentów w średnim wieku. Zależy to między innymi od cech osobowości konkretnego człowieka i jego sytuacji życiowej (4). Z innych doniesień wynika, że tylko 1/4 chorych onkologicznych akceptuje chorobę i w przeciwieństwie do wyników badań własnych, częściej

dotyczy to najstarszej grupy wiekowej (17). Z pewnością bardzo pożądaną umiejętnością dla zespołu opiekującego się chorymi w opiece paliatywnej jest empatia, jako gwarant wysokiej jakości świadczonej opieki. Kurpas i wsp. (16) w swoich badaniach wykazali, że grupą ryzyka dla niższej akceptacji chorób przewlekłych są starsi pacjenci, głównie kobiety. Pacjent z chorobą nowotworową, który przejawia wyższe nasilenie postawy walki i konstruktywnych strategii, lepiej funkcjonuje w aspekcie emocjonalnym, poznawczym i w relacjach społecznych. Natomiast nasilenie postawy lękowej wyznacza jego niższą jakość życia (18).

Dla zapewnienia dobrej jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową w opiece paliatywnej nie wystarczy zatem – jak słusznie podkreśla Czerwik-Kulpa (19) – ograniczać się do monitorowania objawów somatycznych, gdyż zasadnicze potrzeby tkwią w sferze psychospołecznej.

Zaprezentowane w pracy wyniki badań wyraźnie potwierdziły, jak silny wydzźwięk w jakości życia, głównie w dziedzinie psychologicznej i fizycznej, ma poziom akceptacji choroby nowotworowej.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. Nieco ponad połowa chorych na nowotwory objęta opieką paliatywną stacjonarną i domową wykazuje niski poziom akceptacji choroby. Średni wynik akceptacji choroby na skali AIS mieści się na pograniczu wyników przeciętnych i niskich.
2. Akceptacja choroby nowotworowej istotnie zależy od wieku, po 75. r.ż. jest wyraźnie niższa. Pozostałe zmienne socjodemograficzne nie wykazują znamienego związku z poziomem akceptacji choroby.
3. Wyższą akceptację choroby wykazano u chorych z innymi schorzeniami współistniejącymi.
4. Największe deficyty jakości życia wykazano w dziedzinie fizycznej.
5. Akceptacja choroby nowotworowej wykazuje najsłabszy związek z dziedziną fizyczną i psychologiczną.
6. Najwyższą jakość życia wykazywały osoby o wysokim poziomie akceptacji choroby i analogicznie, najniższą – chorzy o niskich wynikach akceptacji choroby.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Halina Zielińska-Więczkowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
UMK Collegium Medicum
ul. Świętojańska 20,
85-077 Bydgoszcz
tel. +48 (52) 585-54-28
wieczkowska@cm.umk.pl

PIŚMIENNICTWO

1. WHO Definition of Palliative Care. Dostępne na stronie: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (stan na dzień 13.08.2015). 2. de Walden Gałuszko K: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej. [W:] de Walden-Gałuszko K (red.): Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004/2005/2006: 11-19. 3. de Walden-Gałuszko K: Psychologia dla zespołu hospicjum. Opieka hospicyjno-paliatywna – historia, wyjaśnienie pojęć, filozofia postępowania. Dostępne na stronie: http://hospicja.pl/opieka_psych/article/274/94.html (stan na dzień 11.08.2015). 4. de Walden-Gałuszko K: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011. 5. Jarosz J: Opieka paliatywna w onkologii. Przegląd Urologiczny 2006; 3: 37. 6. Roth AJ, Weinberger MI, Nelson CJ: Prostate Cancer: Quality of Life, Psychosocial Implications and Treatment Choices. Future Onkol 2008; 4(4): 561-568. 7. Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. Współczesna Onkologia 2010; 14(40): 276-280. 8. Mess E, Szmyd K, Wójcik D, Kempieńska E: Jakość życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Onkol Pol 2005; 8(3): 158-161. 9. Terlikiewicz J, Makarewicz R: Ból kostny u chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2(1): 1-8. 10. Garrison CM, Overcash J, McMillan SC: Predictors of Quality of Life in Elderly Hospice Patients with Cancer. J Hosp Paliat Nurs 2011; 13(5): 288-297. 11. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2008. 12. Kot J, Kaczor, Kocur J: Poczucie umiejscowienia kontroli oraz nadzieja podstawowa jako cechy korelujące z psychicznym przystosowaniem do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi – doniesienia wstępne. Psychiatria Psychologia Kliniczna 2008; 8(3): 155-163. 13. Wnuk M, Marcinkowski JT, Hędzelek M, Świstak-Sawa S: Religijno-duchowe korelaty siły nadziei oraz poczucia sensu życia pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia 2010; 1: 14-20. 14. Wołowicka L, Jaracz K: Polska wersja WHOQOL – WHOQOL-100 i WHOQOL-Bref. [W:] Wołowicka L (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Poznaniu 2001: 235-280. 15. Wiraszka G, Lelonek B: Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. Studia Medyczne 2008; 10: 21-26. Dostępne na stronie: <http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/SM.tom10/FUNKCJONOWANIE%20CHOREGO%20Z%20BIAŁACZKA.pdf> (stan na dzień 11.08.2015). 16. Kurpas D, Mroczek B, Bielska D: The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. Archives of Gerontology and Geriatrics 2013; 56: 448-466. 17. Pacian A, Kulik TB, Skórzyńska H et al.: Rola wsparcia w bólu nowotworowym. Medycyna Paliatywna 2014; 6(2): 95-100. 18. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. Medycyna Paliatywna 2013; 5(3): 106-113. 19. Czerwik-Kulpa M: Oczekiwania chorych z bólami nowotworowymi i stopień ich zaspokojenia w warunkach opieki paliatywnej. Psychoonkologia 2009; 1-2: 11-16.

nadesłano: 15.10.2015

zaakceptowano do druku: 12.11.2015